

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE ^{N°} 247

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

LEBRETON Louis

Né à SAINT-SÉGLIN (Ille-et-Vilaine) le 13 Mars 1911

**Contribution à l'étude
des pneumopathies
pseudo-tuberculeuses**

Président : M. BEZANÇON, Professeur

RENNES

IMPRIMERIE COMMERCIALE DE L'OUEST-ECLAIR

38, RUE DU PRÉ-BOTTÉ, 38

1938

712

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

LEBRETON Louis

Né à SAINT-SÉGLIN (Ille-et-Vilaine) le 13 Mars 1911

Contribution à l'étude des pneumopathies pseudo-tuberculeuses

Président : M. BEZANÇON, Professeur

RENNES

IMPRIMERIE COMMERCIALE DE L'OUEST-ECLAIR

38, RUE DU PRÉ-BOTTÉ, 38

1938

LE DOYEN. M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médica-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD ..	Histologie.
CATHALA ...	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ..	Parasitologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN ...	Oto - rhino - laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ..	Anatomie pathologique.
JOANNON ...	Hygiène.
LACOMME ..	Obstétrique.
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)....	Pathologie médicale.

MM.

LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ..	Pathologie médicale.
OBERLING ..	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. ...	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE ...	Pathologie chirurgicale.
TROISIER ...	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH ...	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ...	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ...	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
SCHWARTZ ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT..			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
MÉTZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON GRAND-PERE

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

*Tendre et reconnaissant hommage pour
tout ce qu'elles ont fait pour moi.*

A MA FEMME

En témoignage de ma profonde affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Avec toute ma gratitude.

A MES BEAUX-PARENTS

En respectueux hommage.

A MES ONCLES, PIERRE ET ALEXIS

A MONSIEUR L'ABBE DANIEL

RECTEUR DE VILLAMÉE.

*Qui a toujours été pour moi le maître
dévoué.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT



MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE RENNES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

Dont nous avons été l'Externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHENET

Dont nous avons été l'Interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSOT

Dont nous avons été l'Interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PELLE

Qui nous a toujours guidé de ses précieux conseils, pendant notre année d'internat, et nous a inspiré le sujet de cette thèse.

INTRODUCTION

Pendant nos études médicales, nous avons été frappé par la fréquence de ces pneumopathies non classiques, au riche polymorphisme, par ces pneumonies traînantes, ces formes tant soit peu bâtardes de broncho-pneumonie ou de congestion survenant chez des individus asthénisés; — pour peu que l'image radiologique présente le caractère habituel de l'atteinte tuberculeuse, on est tenté de porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire et d'entreprendre une thérapeutique en rapport.

Des observations de ces pneumopathies, pour lesquelles on avait prématurément porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire, et même institué une thérapeutique hâtive, voire un pneumothorax, ont été rapportées à la Société Médicale des Hôpitaux par nombre d'auteurs, et tout spécialement par MM. Bezançon, Rist et Léon Bernard.

Dans ce modeste exposé où nous n'avons pas la prétention de reprendre une étude complète de ces faits, mais apportant six observations inédites, relevées au cours d'un an et demi, et nous aidant de cas

déjà connus, nous voudrions montrer la prudence avec laquelle il faut porter le diagnostic de tuberculose, insister sur la fréquence de ces pneumopathies, analyser les signes différentiels de ces deux ordres d'affections, et insister sur le signe capital, l'examen primordial, nécessaire et indispensable, la recherche du bacille de Koch dans les crachats.

HISTORIQUE

Depuis longtemps, on connaît les pneumonies trainantes, dans lesquelles la défervescence tarde et se prolonge : les spléno-pneumonies type Grancher, les congestions pulmonaires type Woillez, et leur confusion possible avec la tuberculose pulmonaire.

Dès 1834, Rillet et Barthéz signalent de tels faits; en 1841 Grisolles signale la résolution lente de certaines pneumonies, et la considère comme le premier stade du passage à l'état chronique.

Mais c'est Caussade qui, un des premiers, a signalé des affections pneumococciques où l'on voit le pneumocoque de Talamon-Franckel conserver sa virulence pendant des mois, et il insiste déjà sur la confusion possible de ces affections avec la tuberculose pulmonaire. En 1889, il publie une observation avec Laubry.

En 1903, Renon insiste sur la difficulté de diagnostic entre ces affections et la tuberculose; en 1906 M^{lle} Bourgeois conclut : « A la suite de pneumonies, des signes physiques peuvent persister pendant des semaines et des mois; dans ces cas, on peut hésiter sur la nature

du processus et faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire. »

En 1913, MM. Caussade, Logre et Brouardel rapportent des cas de pneumonies prolongées.

En 1916, le Professeur Baylac conclut à l'existence indéniable de pneumonies traînantes et prolongées, s'accompagnant de signes graves et simulant la tuberculose pulmonaire.

En 1923, le Professeur Lereboullet étudie cette question dans le domaine de la pathologie infantile. Depuis, d'autres études ont été faites par MM. Roubier, Carrat, Krueger, Veillet, Louyot, Durand, Cathala ; à la Société Médicale des Hôpitaux par MM. Caussade, Léon Bernard, Caïn, Duvoir, Rist, Ribadeau-Dumas, Bezançon et Ameuille.

C'est dans le service du Professeur Pellé que nous avons recueilli les quelques observations que nous rapportons et qui ont inspiré notre modeste travail.

PATHOGÉNIE

Les pneumonies à répétition reconnaissent pour cause une réinfection du sujet, probablement sensibilisé par une première atteinte du pneumocoque.

Cette sensibilisation paraît surtout locale, si bien que, presque toujours, — et nous l'avons constaté dans nos observations — les pneumonies à répétition frappent non seulement le même poumon, mais le même lobe. Cependant, ce n'est pas là une règle absolue, ni formelle; certaines pneumonies à répétition touchent l'autre poumon ou peuvent successivement se développer sur l'un ou l'autre d'entre eux.

Pour Briguet, les pneumonies du sommet sont celles où les récidives sont plus fréquemment observées. Elles seraient surtout de nature bacillaire. En effet, on les observe très souvent chez les tuberculeux où elles évoluent parfois normalement, mais assez souvent elles produisent une aggravation des lésions tuberculeuses (Gaucher et Hutinel), et à l'autopsie, on trouve en même temps que l'hépatisation pulmonaire, l'existence d'une granulie.

Il faut faire de grandes réserves dans ces cas, et

ne pas conclure que les pneumonies à répétition sont dues à la tuberculose, comme le dit Briguet. Au contraire, Grisolle dit n'avoir jamais constaté chez ses malades de signes de tuberculose, et nos observations nous permettent de nous rallier entièrement à l'opinion de Grisolle.

La récurrence est expliquée différemment, suivant les auteurs : persistance du pneumocoque virulent (meilleures conditions de vitalité, hyper-virulence..) dans les voies respiratoires supérieures et les ganglions lymphatiques péri-bronchiques, les infections antérieures constituant une occasion de moindre résistance.

En réalité, et nous nous rallions à cette explication, avec la pneumonie le terrain se modifie : « La maladie première permet à l'organisme de développer ou d'acquérir des propriétés nouvelles vis-à-vis du germe, et le temps nécessaire à l'acquisition de cet état allergique. » (Cathala). Cette vue est entièrement confirmée par l'évolution courte et généralement bénigne de la récurrence, l'organisme ayant eu le temps de former des anticorps, et aussi par les résultats heureux de la sérothérapie dans la pneumonie de l'enfant, des noirs, ou même celle des adultes de nos pays, résultats dont nous avons souvent été les témoins.

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Depuis l'épidémie de grippe de 1889, et surtout celle de 1918, on observe beaucoup plus souvent des formes anormales de pneumonies, différentes des descriptions classiques, et le polymorphisme des lésions ne saurait rentrer dans le cadre étroit des anciens auteurs. Il est évident que le diagnostic de broncho-pneumonie est loin de représenter à lui seul les diversités des lésions anatomo-pathologiques où peuvent dominer tantôt la splénisation, tantôt l'œdème aigu infectieux, et tantôt et surtout l'infarctus diffus hémorragique. Mais c'est encore lui qui traduit le mieux le polymorphisme des lésions. D'ailleurs, avec la radiologie, les classifications anciennes sont devenues superflues ou tout au moins sans intérêt pratique (Grullon-Smester).

★
★★

Il ne saurait être question de confondre la pneumonie classique avec la tuberculose, mais elle peut

s'atténuer et réaliser une forme de passage avec les diverses pneumopathies aiguës gripales. Elle peut surtout se prolonger. Ce sont ces formes qui risquent de nous aiguiller vers la tuberculose.

PNEUMONIES ABORTIVES

Tantôt il s'agit de pneumonies franches, mais la défervescence se fait le quatrième ou cinquième jour (formes de l'enfant). Tantôt, ce sont des pneumopathies moins caractérisées : le point de côté est moins brutal, plus vague, la douleur thoracique plus légère; la température est d'emblée moins élevée, parfois ascendante en deux temps et n'atteignant 39 ou 40° que le deuxième jour (Wunderlich).

Le plateau thermique est moins régulier; le retentissement cardiaque, hépatique ou rénal à peine ébauché; la toux moins sèche, les crachats moins rouillés, plus purulents, parfois hémoptoïques. La défervescence se fait en lysis.

PNEUMONIES PROLONGÉES

« C'est bien la pneumonie elle-même qui a persisté d'une façon insolite, sans que l'on puisse accuser valablement un autre facteur; souvent, il s'agit uniquement d'une résolution retardée du foyer ainsi que l'accuse la persistance insolite des signes stéthacoustiques, mais parfois aussi, c'est tout le complexe clinique y compris la température qui se prolonge, tra-

duisant la survivance de l'activité pneumonique elle-même. » (Léon Bernard et M. Lamy.)

On aura soin d'ailleurs, avant d'admettre l'existence d'une pneumonie prolongée, d'éliminer la possibilité d'une forme migratrice ou serpigineuse, d'un nouveau foyer pneumonique ou congestif; de vérifier l'authenticité du germe (bacille d'Eberth, pneumobacille, coli, méningocoque...).

Passé le 11^e jour, la pneumonie sera regardée comme prolongée; la toux se modifie; si elle est diminuée, le plus souvent elle persiste légère, l'expectoration devient plus fluide et aérée. Les signes physiques sont variables: la matité décroît progressivement; l'augmentation des vibrations vocales diminue; le souffle tubaire se modifie dans ses caractères, parfois même il disparaît, tandis que les râles secs de la période d'état sont remplacés par des râles bulleux plus humides. Parfois, on ne trouve qu'une diminution du murmure sans bruit surajouté, ou tout au plus quelques petits râles très éloignés faisant suite à une quinte de toux.

Examiné à cette époque, le tableau clinique laisse un doute et il est aisé de penser à la tuberculose pulmonaire.

Rosenbach, dans sa thèse, rapporte l'histoire d'un malade chez lequel une asthénie marquée, un petit fébricule exigea un examen approfondi qui montra la persistance d'un bloc post-pneumonique. Plusieurs semaines après la chute thermique existait encore un foyer d'ombres constitué par la juxtaposition de

taches d'irrégulières grandeurs qui occupaient les 2/3 supérieurs du poumon droit, s'arrêtant à la scissure. L'aspect était si évocateur d'une tuberculose pulmonaire que le malade, en dépit d'une bacilloscopie négative, fut traité comme tel pendant plusieurs semaines.

Les convalescents de pneumonie franche et plus encore de pneumonie bâtarde ou prolongée présentent pendant plusieurs semaines un état général et fonctionnel déficient : amaigrissement, fatigabilité persistante, asthénie, toux rebelle aux opiacés, douleurs thoraciques légères, expectoration parfois légèrement purulente, et surtout une température instable avec quelques crochets thermiques à 38° par suite de fatigue ou l'apparition des règles. On ne pense que trop facilement à la tuberculose pulmonaire.

★ ★

Pour le diagnostic, on ne peut faire état de la violence du début ni du caractère des signes fonctionnels ou généraux, la tuberculose pulmonaire débutant souvent brusquement, au point de pouvoir citer parfois le jour et même l'heure. Les pourcentages établis dans le service de M. Rist nous montre 48 p. 100 de début brutal (Dudan), 50 p. 100 (Blanche).

Toutefois cependant, dans la tuberculose, le frisson, la fièvre, le point de côté s'installent moins brusquement et sont moins tenaces; la courbe thermique est plus irrégulière; les s. ph. sont moins intenses. Les

crachats ne sont jamais franchement rouillés, mais muco-purulents.

MM. Léon Bernard et Lamy, Rist, M^{me} Blanchy ont insisté sur la présence de vésicules d'herpès sur le pourtour des lèvres; nous les avons retrouvé dans la moitié des cas. C'est un signe de très grande valeur en faveur du pneumocoque.

Le début brutal de la tuberculose ne l'est qu'en apparence : dans les antécédents éloignés, on pourra retrouver la notion d'une tuberculose osseuse, ganglionnaire ou pleurale; dans les antécédents immédiats, l'amaigrissement, l'instabilité fébrile surtout le soir après les efforts de la journée, les sueurs nocturnes, les douleurs thoraciques, vagues et fugaces, la toux légère et éphémère, les troubles digestifs nous orientent fatalement vers la tuberculose; ils ont été regardés comme pathognomoniques; cependant nous les avons retrouvés en dehors de toute affection bacillaire.

ÉLÉMENTS

DE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Nous n'insisterons pas sur les caractères de l'ombre triangulaire de la pneumonie, apparaissant tout d'abord dans la région externe du champ pulmonaire, gagnant rapidement le hile, et dans sa régression, suivant une marche inverse (Paisseau et Salomon), non plus que sur ses variantes de localisation : aspect en casque dans les P. du sommet (Weill), quadrangulaire, ou vaguement hémisphérique et laissant libre le sinus dans les P. du lobe inférieur, réduit à une diminution de la clarté de la région juxta-scissurale pour les pneumonies du lobe moyen.

Dans les formes atténuées ou prolongées, les limites du triangle sont moins nettement définies ; l'opacité du foyer se poursuit et se dégrade dans l'étendue du parenchyme ambiant par quelques petites taches floues et floconneuses, aspect sur lequel ont insisté MM. Bezançon et Léon Bernard.

Certains auteurs ont pu considérer comme pathognomonique l'ombre de la pneumonie, « un triangle chez un tuberculeux répondant à une pneumonie

franche à pneumonocoque faisant ou non le lit de la tuberculose » (Blanc-Perduet). Mais il semble que la constatation d'un triangle réponde à un processus pneumonique, quelle qu'en soit la nature et qu'en conséquence puisse s'observer tant dans les atteintes pneumococciques que dans les pneumonies tuberculeuses (Sergent).

Le triangle n'est que la traduction de la topographie lobaire, et depuis les travaux de l'école française, on sait que la tuberculose pulmonaire fréquemment débute et procède par poussées successives. Il n'est donc pas surprenant que les diverses images données par la pneumonie puissent aussi être données par des foyers tuberculeux pneumoniques.

A la convalescence normalement le bloc hépatisé se résout en trois ou quatre semaines, généralement plus tôt... L'aspect radiologique est variable, parfois l'ombre est encore homogène; généralement il s'agit d'une zone d'ombres d'opacité irrégulière, nodulaire, plus ou moins volumineuse, réunies en un foyer assez bien limité, à un segment de poumon, mais sans bords précis, se dégradant dans le reste du champ par quelques petites taches floues et floconneuses. Le foyer se résout par places, réalisant un aspect irrégulier, marronné, sur lequel ont insisté récemment MM. Poix et Lamy.

L'image révélée par le cliché est alors strictement identique aux formes jeunes de tuberculose d'infiltration, et dans les deux cas, pneumocoques ou B K. il serait vain, sur le cliché, de s'efforcer de faire un

diagnostic étiologique. Il s'agit d'alvéolite fibrino-leucocytaire, en voie de résolution en cas de pneumonie à son déclin; en voie de transformation caséuse et d'élimination en cas de tuberculose.

L'évolution radiologique va permettre de trancher le diagnostic : résolution dans la pneumonie, apparition de cavernes dans la tuberculose. Cependant, il ne faudrait pas faire état de la disparition de l'ombre parenchymateuse pour affirmer le diagnostic de pneumonie; il existe des formes résolutives de tuberculose guérissant spontanément sans laisser après elles la moindre séquelle (Bezançon, Braun).

Si, le plus souvent, de tels épisodes s'observent chez des tuberculeux avérés et répondent à des poussées évolutives, on a signalé (Pruvost, Jeanneret, Burmand) l'existence de pneumonie tuberculeuse isolée, éphémère, rapidement répressive, où le diagnostic hésiterait avec un épisode congestif ou une pneumonie banale, s'il n'était affirmé par la présence du bacille de Koch dans l'expectoration. Encore faut-il savoir que le bacille, dans de tels cas, demande à être recherché avec soin, et ne sera trouvé le plus souvent qu'après de multiples homogénéisations, car l'expectoration est souvent réduite et pauvre en éléments bacillaires.

L'absence de germes pathogènes, de pneumocoques en particulier, possède une grande valeur... Ultérieurement, ces épisodes se démasquent souvent par une poussée tuberculeuse plus franche.

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

BACTÉRIOLOGIQUE

La recherche du B. K. possède une valeur inestimable. Elle est la seule méthode absolue.

Il est de règle, quand on a la moindre suspicion de se trouver en présence d'une tuberculose pulmonaire, de faire un examen bactériologique de crachats. Mais il ne faut pas se limiter à un seul examen direct, car les pneumonies tuberculeuses, en leurs débuts, ne comportent qu'une expectoration pauvrement bacillifère. Elle n'est possible que si le malade crache suffisamment; si elle est insignifiante on lui donnera de l'iodure ou du kermès. L'absence d'autres germes, et en particulier du pneumococque, attirera l'attention et invitera à la répétition des recherches.

Il est donc indispensable de multiplier les examens directs et de recourir, en cas de résultat négatif, à l'homogénéisation et au besoin à l'inoculation au cobaye.

Avant de porter le diagnostic très grave de tuberculose pulmonaire, il faut en avoir la certitude

absolue, car le médecin n'engage pas seulement sa responsabilité, mais aussi, et surtout, l'avenir du malade.

Aussi ne saurait-on trop conseiller, dans les cas suspects, de ne pas se contenter d'une seule réponse positive. Les laboratoires les mieux dirigés sont susceptibles d'erreurs dont les causes, tant techniques que matérielles, sont nombreuses. Aussi, avant d'entreprendre une thérapeutique qui engagera pour de longs mois l'avenir du malade, ne saurait-on trop recommander de renouveler l'examen des crachats et d'attendre, pour plus de sécurité, une deuxième réponse positive.

On pourrait rechercher la leucocytose, bon signe de pneumonie franche (Lemierre).

La cuti-réaction est d'une grosse valeur chez l'enfant; négative elle a permis de corriger des diagnostics erronés de mal de Pott ou de tumeur blanche. Chez l'adulte, elle mérite d'être pratiquée; elle n'est positive que dans 70 % des cas (Courcoux). Négative, elle prend une certaine valeur dans tous ces états pneumoniques atténués.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pellé.

Pneumonie atténuée survenant chez un individu fatigué depuis 2 mois, avec symptomatologie faisant penser à l'imprégnation bacillaire. La résolution radiologique s'opère en 3 semaines. La recherche des B. K. sera constamment négative.

M. M..., 27 ans, garçon de café, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 3 mars 1937, salle Saint-Louis.

Depuis le mois de janvier, le malade tousse d'une toux sèche, ramenant avec peine quelques crachats mousseux, légèrement muco-purulents, d'abondantes sueurs l'inondent chaque nuit, l'appétit est diminué, l'amaigrissement déjà assez important.

Le 26 février, le malade éprouve une asthénie intense en même temps qu'apparaissent des douleurs de types névralgiques dans les membres, les reins, les bras.

A l'examen, il s'agit d'un malade pâle, couvert de sueurs, à l'état général altéré.

La toux sèche et rauque ramène avec peine quelques crachats visqueux muco-purulents, la dyspnée assez vive va encore s'accroître les jours suivants.

A l'examen du thorax, on découvre, en arrière, dans le tiers moyen du poumon gauche, une aire de matité qui se prolonge en avant.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal tant au niveau du champ pulmonaire droit que dans la moitié supérieure gauche.

A gauche, au niveau du tiers inférieur, on entend des râles bulleux fins et des sons crépitants entourant un souffle expiratoire rude, on retrouve l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

La température qui était de $38^{\circ}5$ à son entrée descend vite à 38° pour se régulariser les jours suivants.

Dans les urines, on trouve des traces d'albumine, le pouls est en accord avec la température, les bruits du cœur normaux.

On pense à une lésion tuberculeuse, les examens des crachats sont quotidiennement pratiqués pendant 15 jours. La recherche du B. K. restera constamment négative, après homogénéisation des crachats. On trouvera par contre quelques pneumocoques, quelques cellules épithéliales, des polynucléaires et des éléments de fibrine.

Le 8-3-37, le souffle est mieux perçu, il est rude, s'entend aux deux temps, cependant plus expiratoire qu'inspiratoire. Le tiers inférieur du poumon gauche est couvert de gros râles bulleux et de petits râles sous-crépitan.

Le 10-3-37, la température est à 37° , la matité a disparu, le souffle a diminué d'intensité mais est encore perçu au milieu de râles abondants.

Le malade sort le 20 mars, la température est redevenue régulière, il a augmenté de 2 kilos, il est guéri de sa congestion pulmonaire.

Evolution radiologique. — Une première radiographie est pratiquée le 6-3-37; une ombre triangulaire à sommet

hilaire part de la partie inférieure du hile, cette ombre est dense homogène au niveau de ses bords mais a perdu de son opacité en sa partie médiane, où l'intérieur du triangle est parsemé de taches plus ou moins volumineuses. Les limites du triangle commencent à s'estomper; dans la région juxta-hilaire, comprise entre le hile et le bord supérieur du triangle, une image pommelée, non homogène, remonte jusqu'au niveau du tiers moyen du poumon gauche.

Une seconde radiographie est pratiquée le 11-3-37, l'image triangulaire à base axillaire a disparu. Il persiste une diminution de la transparence du parenchyme, de faible densité, non homogène et mal limitée.

Le 30-3-37 une troisième radio est pratiquée à la sortie du malade, il ne persiste plus qu'une bande de sclérose au niveau du bord supérieur du triangle, et quelques pommelures dans la région juxta-hilaire.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pellé.

Pneumonie à répétition, la récidive se produisant au niveau du même lobe. L'état général fait penser à la tuberculose. La résolution radiologique va s'opérer en 3 semaines. La recherche des B. K. est toujours négative à 10 années d'intervalle.

M. H., 31 ans, terrassier, entre le 4 novembre 1935 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Saint-Louis.

Le 2 novembre au soir, il a été pris d'un frisson intense et solennel, qui persiste plus d'une demi-heure.

Rapidement apparaît un point de côté, bien localisé sous le mamelon gauche. La température, prise le soir même, est à 40°; la dyspnée, vive; quelques vomisse-

ments se produisent; la toux est sèche, sans expectoration.

Le 4 novembre, à l'examen, il s'agit d'un malade au faciès anxieux, vultueux; les conjonctives sont injectées, le regard brillant; il existe du subictère des conjonctives, la pommette est rouge du côté gauche; quelques vésicules d'herpès font saillie sur les lèvres; la langue, carminée, n'est pas sèche.

Le malade abattu se plaint encore d'un point de côté sous le mamelon gauche, la dyspnée reste vive, la toux douloureuse ramène des crachats visqueux, épais, adhérents au crachoir, finement aérés et franchement couleur rouille.

A l'examen du thorax on remarque du côté gauche une diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires, les vibrations vocales y sont exagérées en sa partie inférieure. La percussion décèle une matité à la base du poumon.

Le murmure vésiculaire est disparu dans la zone mate, remplacé par un souffle à prédominance inspiratoire, souffle intense, de tonalité élevée, rude, superficiel. Le souffle est entouré d'une couronne de crépitants. La voix est transmise avec éclat à l'oreille. Il n'y a pas de pectoriloquie aphone.

La température est à 40° et s'y maintient jusqu'au 10 novembre où la chute se fait brusquement.

Le pouls est aux environs de 100, légèrement dissocié d'avec la température.

Le diagnostic est celui de pneumonie lobaire.

L'évolution se fait normalement, le malade amaigri reprend du poids.

Deux ans se passent... Le 2 avril, ce même malade rentre de nouveau à l'hôpital, pour une douleur du côté gauche.

Le début de ce nouvel épisode remonte aux environs

du 20 mars 1937. Il est pris de douleurs sourdes, lancinantes, augmentées par la respiration profonde et la toux. Il continue néanmoins son travail quelques jours, mais le 27 mars il se voit obligé de consulter son médecin et de garder le repos au lit.

A l'examen, il s'agit d'un malade fatigué, couvert de sueurs. La toux, fréquente surtout le matin, ramène des crachats muco-purulents, abondants jusqu'à remplir chaque jour la moitié du crachoir. La dyspnée est vive; le point de côté a diminué d'intensité.

Le 3 et le 4 avril, les crachats prennent une couleur rouille, sont nummulaires, le 5, ils redeviennent franchement muco-purulents, verdâtres.

Le malade dort mal, se plaint de sueurs nocturnes; de plus il a légèrement maigri et a perdu tout appétit.

A l'examen du thorax les vibrations vocales sont exagérées dans le tiers inférieur de l'hémithorax gauche; la percussion y décèle une submatité couvrant les deux tiers inférieurs.

Dans cette zone le murmure vésiculaire a disparu, remplacé par un souffle tubaire entouré d'une couronne de crépitants.

L'examen du reste des poumons ne révèle que quelques râles ronflants et sibilants.

Les antécédents du malade. — En 1927, il fit une congestion pulmonaire qui ne dura pas moins de 35 jours.

Son amaigrissement, son anorexie, l'évolution de la maladie nous font penser à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire.

A plusieurs reprises, les 3, 6, 7 et 8 avril on pratique un examen des crachats; tous nous montrent l'absence de B. K., après homogénéisation des crachats, et par contre la présence de nombreux pneumocoques, de poly et de mononucléaires.

Dès le quatrième jour après son entrée à l'hôpital, la température qui s'était maintenue jusque là aux environs de 39°5 tombe en lysis, les signes d'auscultation régressent, le souffle est de moins en moins fort, les râles moins nombreux, moins humides.

L'état général s'améliore, l'amaigrissement cesse et en 3 semaines le malade reprend 3 kilos.

Le 23 avril il sort guéri.

Evolution radiologique. — Le 28-11-35, à la sortie de l'hôpital, une radiographie est pratiquée. On voit encore une ombre limitée au tiers moyen du poumon gauche, cette ombre peu dense revêt une forme triangulaire, un peu plus dense au niveau des bords supérieurs et inférieurs du triangle; disparue au niveau du sommet du triangle, elle persiste au niveau de la base axillaire, dans les deux tiers externes du triangle.

Le 3-4-37, le cliché radiographique montre dans le tiers moyen du poumon une ombre triangulaire à sommet hilaire, parsemée de taches, ombre très dense aux bords estompés, et étendue entre la deuxième et la cinquième côte.

Le 8-4-37, l'ombre grossièrement triangulaire à sommet hilaire a perdu de son homogénéité et est parsemée de taches volumineuses.

Le 21-4-37, il ne persiste plus que quelques bandes de sclérose limitées aux bords supérieurs et inférieurs du triangle.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pellé.

Syndrome pneumonique survenant chez un individu asthénisé, de mauvais état général, évoluant sans les signes physiques habituels de la pneumonie. La tem-

pérature reste élevée pendant 1 mois, à la radiologie, condensation des deux sommets; au bout de 2 ans, les sommets commencent à s'éclaircir. A l'examen des crachats, on ne trouve jamais de B. K.

M. S... (François), 34 ans, marin, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 10 janvier 1934.

Ancien colonial aux habitudes éthyliques certaines, il a contracté une dyssentrie à Saïgon pour laquelle on le soignera plusieurs années.

Le début de la maladie remonte au 10 janvier 1934, le malade est pris d'un frisson violent et intense qui persiste plus d'une heure. Rapidement apparaît un point de côté à la base de l'hémithorax gauche, qui va durer plusieurs jours.

Depuis le mois de septembre le malade tousse d'une toux sèche et quinteuse, ramenant avec peine quelques crachats muco-purulents; l'état général est altéré, l'amaigrissement assez prononcé de plus de 4 kilos en quelques semaines; des sueurs nocturnes altèrent son sommeil.

A l'examen du thorax on ne trouve aucune modification à la palpation ni à la percussion, à l'auscultation on entend seulement quelques râles bulleux fins disséminés aux bases, quelques craquements au niveau du sommet. Mais à aucun moment on n'entend de souffle, on ne perçoit aucune matité.

A la date du 6 février 1934 la température est restée constamment entre 38° et 39°, l'état général s'est encore altéré, le malade est devenu encore plus pâle, il a maigri de 2 kilos, le pouls est en rapport avec la température.

L'examen du thorax ne nous laisse percevoir aucune altération de la sonoration pulmonaire.

Un W a été pratiqué, il s'est montré entièrement négatif; le système nerveux, l'appareil cardio-vasculaire se montrent absolument normaux.

L'altération de l'état général, l'évolution de cette maladie nous incite à porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Quotidiennement on pratique une analyse de crachats, elle se montrera constamment négative.

Pendant un mois la température va encore évoluer entre $38^{\circ}2$ et $37^{\circ}5$ pour devenir stationnaire vers la fin de mars aux environs de $37^{\circ}5$. Peu à peu le malade reprend du poids, l'état général s'améliore, peut-être sous l'influence d'une série d'émétine pratiquée pendant son second mois d'hospitalisation; il sort le 12 avril, cliniquement guéri.

Le 15 février 1935 à l'occasion d'une diarrhée persistante ce malade est de nouveau hospitalisé. Il tousse toujours, l'examen de l'appareil pulmonaire ne nous montre rien d'anormal, la recherche des B. K. dans les crachats reste toujours aussi vaine.

L'état général est meilleur, il a repris 10 kilos sur l'année précédente, la cuti-réaction pratiquée le 2 mars 1935 est positive, la température régulière aux environs de $37^{\circ}2$.

Evolution radiographique. — Une première radio est pratiquée le 3-2-34; elle nous révèle une condensation des deux sommets pulmonaires, particulièrement deux du côté droit où elle occupe tout le lobe supérieur, le reste des parenchymes pulmonaires sensiblement normal, les sinus costo-diaphragmatiques s'éclairent bien. Une seconde radio est pratiquée le 7-2-34; elle nous montre la même condensation au niveau des sommets, des points de calcification et des travées de sclérose çà et là dans le parenchyme pulmonaire.

Le 27-3-34, la condensation au niveau des sommets a diminué d'intensité et de surface, l'image du reste du parenchyme est sensiblement la même.

Lors de son passage le 18-2-35 on pratique une nou-

velle radiographie, la condensation au niveau des deux sommets persiste, mais a considérablement diminué de densité, des travées de sclérose sont disséminées dans le reste des champs pulmonaires.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pellé.

Congestions pulmonaires à répétitions chez un individu amaigri, de mauvais état général, syndrome pseudo-bacillaire; image radiologique de tuberculose; la résolution se fait en quelques semaines.

M. S..., 37 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes en juin 1936 pour douleur dans l'hémithorax droit.

Dès 1932, il fait une congestion pulmonaire droite qui dure 15 jours, puis tout rentre dans l'ordre, cependant il continue à tousser.

Le début de la maladie remonte au mois de mai 1936. Depuis lors il se sent fatigué, a perdu son appétit et en 1 mois maigrit de 8 kilos.

Le 15 juin 1936 il ressent brusquement un point de côté à la base de l'hémithorax droit, une dyspnée vive s'installe au milieu de frissons, l'asthénie ne fait que croître. La température est à 39°.

A l'examen le 18 juin, c'est un malade asthénisé, de mauvais état général, la dyspnée est moins vive, la toux fréquente ramène avec peine une expectoration muqueuse légèrement purulente.

Des vésicules d'herpès apparues le 15 juin couvrent le pourtour des lèvres.

A l'examen du thorax on trouve une matité discrète en avant et en arrière de la partie moyenne de l'hémi-

thorax droit. A l'auscultation dans cette même région le murmure vésiculaire est diminué, de nombreux râles ronflants et sibilants s'entendent à la toux; dans l'aiselle, l'oreille met en évidence un souffle discret se propageant un peu en avant.

Le poumon gauche est absolument normal à l'auscultation.

Les autres appareils, cardiaque, digestif, système nerveux sont normaux.

La température de 38° à l'entrée, après un clocher de 39°5 le lendemain de l'arrivée, redescend brusquement à 37°5 pour se stabiliser dès le troisième jour aux environs de 37°.

En présence d'une telle symptomatologie on pense à une poussée évolutive de bacillose pulmonaire, des examens de crachats sont quotidiennement répétés, ils nous montreront constamment l'absence de B. K., mais la présence par contre de pneumococque et de M. Catarrhalis de polynucléaire, d'assez nombreux lymphocytes, des cellules épithéliales.

Le 24 juin, le malade sort guéri; la température est à 37°, la dyspnée, l'herpès sont disparus, l'auscultation redevenue normale.

Le 22 mars 1937, une douleur de l'hémithorax droit va ramener notre malade dans le service. Cette douleur s'est installée le 19 mars au milieu de frissons.

A l'examen, c'est un malade légèrement asthénisé, des traces de vésicules d'herpès couvrent encore l'orifice buccal.

Le point de côté a disparu, la dyspnée, la toux ont diminué, l'expectoration qui dans la journée du dimanche aurait ramené deux ou trois crachats rouillés est maintenant muqueuse et peu abondante.

A l'examen du thorax la percussion décèle une légère submatité en arrière, au niveau du tiers moyen de l'hémi-



S₁, Observation n. IV (25-3-37)



S₂, Observation n. IV (4-4-37)

thorax droit, les vibrations vocales sont légèrement augmentées.

L'auscultation nous fait entendre un souffle et des râles crépitants dans l'aisselle.

La température de 38°5 à l'entrée s'est régularisée dès le troisième jour. Les examens de crachats sont toujours négatifs.

Evolution radiographique. — Une première radiographie est pratiquée le 18-6-36 à son entrée; elle nous montre une ombre triangulaire à base axillaire et sommet hilare, occupant le tiers moyen du poumon, de densité homogène, le reste des poumons est normal.

Une seconde radiographie est pratiquée le 18-7-36; le triangle opaque est en voie de régression réduit à deux bandes de sclérose, correspondant aux deux bords supérieurs et inférieurs du triangle sur le 18-6-36.

A son retour dans le service on pratique une radio.

Les deux tiers inférieur du poumon droit ont perdu leur transparence, le sinus costo-diaphragmatique ne s'éclaire plus. Au niveau du tiers moyen des taches plus ou moins volumineuses se dessinent sur l'ombre opaque dont l'intensité diminue à mesure que l'on se rapproche du tiers supérieur qui s'éclaire parfaitement. A gauche, le tiers moyen a un aspect pommelé qui déborde sur le tiers inférieur, le hile est très chargé.

A la sortie, une dernière radiographie est pratiquée le 1-4-37.

Les deux tiers du poumon inférieur droit ont perdu leur opacité, les poumons sont simplement un peu gris en cette région, à gauche l'aspect pommelé est disparu.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pellé.

Syndrome pneumonique bilatéral; à la radio, condensa-

tion des deux sommets; la recherche du B. K. est négative.

M. L., 37 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 11 mai 1936, parce qu'il tousse, crache, qu'il est dyspnéique.

En mai 1932, il a déjà fait une pneumonie gauche qui dura plus de trois semaines.

Le début de la maladie remonte au samedi 9 mai. Vers 5 heures de l'après-midi, le malade est subitement pris d'un violent frisson, de courbature, bientôt suivis de vomissements. Au bout d'une demi-heure, le frisson est disparu, mais les vomissements reparaissent.

Pas de point de côté. Le médecin appelé diagnostique une congestion pulmonaire droite.

Le 11 mai, à l'examen, on est frappé par la teinte subictérique du malade, la dyspnée est moins vive.

Le thorax revêt une légère coloration jaune. Les vibrations thoraciques sont abolies du côté gauche. La percussion décèle une matité en avant et à droite; une submatité en arrière et à gauche.

L'auscultation nous fait entendre en arrière, au niveau du sommet droit, un souffle entouré de râles muqueux; à gauche, une diminution du murmure vésiculaire et quelques râles humides. En avant, et à droite, un souffle et des râles humides; la voix chuchotée est transmise; à gauche on entend quelques râles.

La toux fréquente s'accompagne d'une expectoration abondante; les crachats sont adhérents au vase, de couleur rouille; la dyspnée est presque disparue.

Depuis le 11, le malade se plaint de douleurs dans l'hémithorax gauche; une ponction exploratrice ramène 1 cm³ de liquide légèrement trouble.

L'appareil cardio-pulmonaire est normal; les urines rares, foncées, contiennent des traces d'albumine.

Le 29 mai, aux deux bases, à gauche et à droite, on entend des frottements pleuraux.

La température, restée en plateau pendant 4 jours après son entrée, tombe brutalement et se stabilise aux environs de 37°2-37°5.

Les signes physiques nous font penser à une tuberculose avec participation pleurale. Les 12, 15, 18 et 19 mai, une recherche de B. K. est pratiquée; on y trouve des pneumocoques, mais jamais de B. K.

Evolution radiologique. — Une première radio est pratiquée le 14-5-36. Elle nous montre une opacité dense et homogène couvrant la totalité du tiers supérieur du poumon droit; la limite inférieure est nette et suit la scissure. Le reste du poumon droit est normal.

Il existe une diminution de la transparence au niveau du sommet gauche, et cette diminution de transparence déborde jusque sur le tiers moyen.

Le 20-5-36 le malade est revu à la radio. La régression est presque totale; il ne persiste plus qu'une légère diminution de la transparence, et une mince bande de sclérose au niveau de la scissure.

Le 8-6-36 la régression est totale; la petite bande de sclérose au niveau de la scissure persiste toujours.

Le sinus costo-diaphragmatique gauche est mousse.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pellé.

Pneumonie lobaire aiguë fruste. Syndrome radiologique de lobite excavée.

M. P..., 45 ans, employé à la gare, entre à l'Hôtel-Dieu pour y subir un pneumothorax, le 18-8-37.

Le début de la maladie remonte à 5 jours, au 12 août

1937, marqué par un point de côté violent au niveau de la partie médiane du poumon droit, dans la région sus-mamelonnaire. Des frissons apparaissent et annoncent la température.

La toux, fréquente et opiniâtre pendant 3 jours, ramène des crachats couleur rouille, certains franchement rouges, filants et adhérents au vase.

A l'examen, des vésicules d'herpès couvrent le pourtour des lèvres; des varicosités se dessinent sur les pommettes.

Les vibrations vocales sont diminuées au niveau du sommet.

La percussion décèle une matité discrète, plutôt une submatité suspendue dans le creux de l'aisselle droite.

L'auscultation nous fait entendre, au milieu de nombreux râles crépitants et bulleux, un souffle inspiratoire net et existant seul après la toux.

Actuellement la température est tombée; la débâcle urinaire s'est produite.

Le diagnostic est celui de pneumonie aiguë lobaire fruste, à la période de dégénérescence.

Mais instinctivement nous pensons à la bacillose pulmonaire que nous devons éliminer par une série d'examen des crachats, et une bonne radiographie.

Pendant 15 jours, on pratique quotidiennement un examen des crachats, la recherche du B. K. y reste constamment négative après homogénéisation de 2 cm³ de crachats.

Evolution radiologique. — Le 19-8-37, une première radio est pratiquée et nous montre une petite excavation, des taches et des marbrures au niveau du tiers moyen du poumon droit : toute l'image d'une lobite en voie d'excavation. Le reste des poumons est normal.

Le 25-8-37, l'excavation persiste toujours, mais a



P... Observation n° VI (19-8-37)



P... Observation n° VI (12-11-37)

diminué de taille; l'ombre grossièrement triangulaire s'estompe, surtout au niveau de ses bords.

Le 6-9-37, il ne resté plus qu'une diminution de la transparence du tiers moyen; l'excavation n'est pas entièrement comblée.

Le 12-11-37, la résolution est complète. L'image de l'excavation presque totalement disparue.

Février 1938 : le malade est revu à la radio. Les deux champs pulmonaires sont entièrement normaux, l'état général est d'ailleurs excellent.

OBSERVATION VII

(MM. POIX et LAMY. Section d'études scientifiques de la Tuberculose. Mai 1934.)

Odette B..., 13 ans. Est prise en pleine santé d'un malaise subit avec élévation de la température à 39°. Cet état persiste pendant 5 jours puis la température retombe à la normale, mais l'enfant demeure fatiguée, continue à tousser et perd rapidement 2 kilos.

Trois semaines après le début clinique, elle est examinée pour la première fois par un médecin qui constate des signes anormaux à l'auscultation du poumon droit. Une radiographie pratiquée le 7 avril 1933 décèle la présence d'une ombre opaque localisée dans la région sous-claviculaire droite. A la suite de cet examen, l'enfant est considérée comme atteinte de tuberculose pulmonaire. Ses études sont interrompues et, durant 9 mois, elle est soumise à une cure hygiéno-diététique et à une aurothérapie atteignant la dose totale de 1 gramme. Pendant cette longue période, l'état général est constamment satisfaisant, le poids s'est relevé régulièrement, la toux a rapidement cessé et la température se maintient normale.

Examinée au dispensaire Léon-Bourgeois, le 18 janvier 1934, l'enfant présente un état général et pulmonaire

excellent. Une radiographie montre une image rigoureusement normale. La cutiréaction est négative. Deux intradermoréactions donnent une réponse aussi négative. De telles constatations permettent donc d'éliminer formellement le diagnostic de tuberculose et d'affirmer rétrospectivement celui de foyer pneumococcique.

OBSERVATION VIII

(TOUATI, 1934.)

Pneumonie du sommet chez un alcoolique. La convalescence est longue et difficile : on pense à la tuberculose.

M. Fl..., 58 ans, entre le 11 janvier 1934 à l'hôpital Bichat. Le 2 janvier il a été pris de frissonnements répétés, suivis d'un malaise intense. Rapidement il accusa un point de côté, assez mal localisé à la partie haute de l'hémithorax droit. La température prise le lendemain indique 40°. Dans les jours suivants la dyspnée est vive, une expectoration purulente, semble-t-il, est apparue.

La température s'est maintenue entre 39° et 40°. Le malade entre à l'hôpital au neuvième jour de sa pneumopathie. La température est à 38°9, le pouls bat à 120, l'état général est mauvais.

Le malade est abattu, presque prostré; il existe du subictère des conjonctives, on note des traces discrètes de quelques vésicules d'herpès sur les lèvres; la langue carminée n'est pas sèche.

A l'examen du thorax, on note de la matité des fosses sus et sous-épineuses du côté droit. On perçoit dans les mêmes régions et dans l'aisselle, de nombreux râles humides à très grosses bulles et un souffle assez intense, mais non franchement tubaire; dans l'aisselle existent des frottements.

L'examen du reste des poumons ne révèle que quelques râles ronflants et sibilants à gauche. L'expectora-

tion, abondante, est faite de crachats purulents, verdâtres.

Par ailleurs on constate que le foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes.

Le subictère, l'hépatomégalie, la douleur à la pression des masses musculaires des mollets signent l'éthylisme chronique qu'avoue facilement le malade.

En outre, il existe un signe Argyll Robertson, de la leucoplasie, un claquement du deuxième bruit au foyer aortique; la réaction du B. W. s'est par la suite montrée complètement positive.

En somme, le diagnostic le plus vraisemblable était celui de pneumonie du sommet chez un alcoolique.

Cependant l'amaigrissement du malade et surtout le syndrome physique, véritable gargouillement entendu dans une zone étendue faisait évoquer l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire avec fonte caséuse.

Un examen des crachats montra qu'ils contenaient des pneumocoques en abondance, on ne trouve pas de B. K. ni à l'examen direct, ni après homogénéisation.

Les symptômes restèrent inchangés pendant cinq jours, la température oscillant entre 39° et 40°. Le malade reste abattu, dyspnéique avec une expectoration abondante et purulente.

Le syndrome physique était identique, souffle inspiratoire à timbre assez profond, gargouillement, retentissement métallique de la toux.

Le quatorzième jour de la maladie la température tombe à 38°, mais l'état général ne se modifie pas, pas de crise urinaire.

Pendant un mois la température se maintient autour de 38°, cependant très lentement les signes d'auscultation régressent, le souffle est de moins en moins fort, les râles moins nombreux.

A plusieurs reprises l'examen de l'expectoration ne montrera pas de B. K.

Ce n'est que le 10 mars 1934, soit deux mois après le début de la pneumopathie, que l'état général redevient satisfaisant.

Evolution radiologique. — Le 15-1-34 le cliché radiologique montre dans la moitié inférieure du poumon droit une ombre très dense, homogène, vaste image triangulaire à sommet hilare dont le bord inférieur gagne horizontalement la paroi thoracique et le bord supérieur le sommet du poumon.

Le 22-1-34 l'ombre est moins homogène et notamment vers la partie inférieure du bloc pulmonaire, des zones plus claires apparaissent.

Le 31-1-34, un mois après le début de la maladie, l'image triangulaire a diminué d'étendue, mais est parsemée de taches volumineuses.

Le 8-2-34 l'ombre triangulaire est nettement en régression, celle-ci se fait des bords vers le centre.

Le 7-3-34, il ne persiste plus qu'une bande de sclérose intercleido hilare, et le vestige de la limite inférieure de l'ombre triangulaire sous forme d'une ombre foncée mais légèrement linéaire.

OBSERVATION IX

CONU (Thèse, Paris, 1926).

Pneumonie à répétition. La symptomatologie met sur la voie d'une tuberculose.

Le malade entre à l'hôpital le 15 mars 1926 sur les conseils de son médecin qui avait diagnostiqué une pneumonie.

Le début de l'affection remonte en réalité au mois d'octobre 1925.

A cette époque le malade fut atteint d'une congestion de la base du poumon gauche qui a duré 15 jours.

Il a pu reprendre son travail, mais ressentait fréquemment un point de côté à gauche. Il n'avait jamais été complètement guéri. La fatigue le forçait à s'aliter le soir aussitôt rentré chez lui. En somme, du 18 octobre 1928 au 24 mars 1936, l'état général fut toujours mauvais.

Du 2 novembre à la fin de décembre, il est atteint d'une nouvelle congestion pulmonaire avec pleurésie.

Le 2 janvier il reprend son travail, mais le 9 mars à 9 heures du matin, il est pris d'un violent point de côté à gauche, avec sensation de froid et malaise général; il continue à travailler. Le soir il s'alite.

Il a une grande fièvre avec délire. Le point de côté s'atténue avec des ventouses. Il a de légères hémoptysies qui ne sont calmées que le lendemain par l'absorption d'ipéca; il reprend un peu d'appétit; la température reste au-dessus de $37^{\circ}5$, l'état général s'améliore, mais il est toujours fatigué.

Dans la nuit du 14 mai au 15 mai, le malade est pris brusquement de nausées, claquements de dents, sensation de froid intense et frisson qui dure 3 heures. Puis sueurs profuses et apparition de crachats rouillés. La température est à $39^{\circ}7$. Sur les conseils de son médecin il entre à l'hôpital le 15 mars. Le 16 mars, on est en présence d'un malade fatigué, asthénisé, qui ressent un point de côté à gauche, s'exaspérant fortement dans les grandes inspirations, et l'empêchant de se coucher du côté gauche.

La température est à $38^{\circ}6$, le pouls à 100 bien frappé.

Les crachats sont rouillés, épais, légèrement visqueux.

On est frappé en arrivant près de son lit par son teint subictérique.

Les urines en quantité normale sont très foncées.

Elles ne contiennent ni sucre ni albumine, mais la réaction de Gmelin est positive. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord inférieur.

L'examen physique de l'appareil respiratoire montre :

A droite, un poumon normal;

A gauche, le sommet respire bien; vers la pointe de l'omoplate on entend un souffle inspiratoire et expiratoire à caractère tubaire, avec, à la partie inférieure de la région où on entend ce souffle, quelques râles crépitants.

Pas de pectoriloquiaphone.

Pas de bronchophonie.

La base du poumon est mate avec abolition des vibrations vocales.

Les bruits du cœur sont un peu sourds.

Tension artérielle M. 15 1/2 min. 7.

Tube digestif : la langue est sale. Bon appétit. Pas de constipation.

Le 16 au soir, la température est montée à 39°6.

Le 17 au matin, la température est à 37°2.

Les signes pulmonaires ont diminué.

Les urines deviennent plus abondantes et très foncées.

Le 20 mars, le malade est guéri.

OBSERVATION X

(MM. Léon BERNARD et LAMY)

MM. Léon Bernard et Lamy relatent le cas d'une malade âgée de 48 ans qui, après un début de pneumonie typique, avec frisson violent, température à 40° et apparition d'herpès labial, présenta dix-huit jours après ce début, une température oscillante entre 37°6 et 39°7, sans que rien ne puisse l'expliquer. Vingt-cinq jours après le début, la courbe de température est encore irrégulière entre 37° et 38°, les signes physiques qui avaient

été constatés au début de la maladie persistaient, c'est alors que cette malade leur était adressée par le médecin qui l'avait soignée, avec le diagnostic probable de tuberculose pulmonaire et suggérait en même temps l'institution d'un pneumothorax artificiel.

Examinée alors un mois après ce début de la maladie elle était amaigrie, continuait de tousser, sa température oscillait entre 37°5 et 37°9 et elle présentait encore une matité franche et un souffle tubaire très fort, aussi typique que celui que l'on constate d'ordinaire dans une pneumonie à la période d'état; enfin après la toux, quelques râles bulleux.

L'examen radioscopique et radiographique montrait une image assez nettement triangulaire à pointe hilare gauche et à base axillaire.

Le diagnostic de tuberculose pouvait légitimement être posé, toutefois M. Léon Bernard et M. Lamy ne le posèrent pas à cause du début initial, de la présence de signes physiques très importants et de l'image radiologique triangulaire. Ils rejetèrent toute intervention et la malade guérit complètement. Quarante-cinq jours après le début, l'apyrexie était complète et les signes physiques avaient disparu. Une radiographie pratiquée deux mois après le début de l'affection montrait une image rigoureusement normale.

OBSERVATION XI

(MM. LÉON BERNARD et LAMY)

Cette observation a trait à un enfant de 11 ans, qui, brutalement, est pris d'une douleur violente de l'hémithorax gauche, s'accompagnant de vomissements et d'une température qui monte en flèche à 40°.

Dans les jours suivants, le tableau de pneumonie est

CONCLUSIONS

1° Il existe des pneumopathies dont la période d'établissement, dont l'évolution, les signes physiques, et même radiologiques simulent à s'y méprendre la tuberculose pulmonaire.

2° Ces pneumopathies sont relativement fréquentes.

3° On ne pourra baser le diagnostic de pneumonie sur la violence du début, non plus que sur les signes généraux ou fonctionnels de la période initiale ; ils donnent une présomption, mais non une certitude ; on les retrouve dans la pneumonie tuberculeuse.

La moindre intensité des signes physiques de la période d'état, la muco-purulence des crachats, l'irrégularité du plateau thermique, ne suffisent pas non plus pour nous orienter vers la tuberculose pulmonaire.

4° Par contre, avec MM. Bezançon, Léon Bernard et Lamy, Rist et M^{lle} Blanchy, nous insisterons sur la

présence de vésicules d'herpès; on les recherchera toujours. Nous les avons trouvées dans au moins la moitié des cas. C'est un signe de grande valeur en faveur de la pneumonie.

5° Si les antécédents immédiats ont une grande valeur, ils ne nous permettent cependant pas d'affirmer la tuberculose. Nous avons eu fréquemment, dans notre service, des individus asthénisés, amaigris, présentant une instabilité thermique, une toux légère et éphémère, des douleurs thoraciques vagues et légères, des troubles digestifs, le tout évoluant depuis plusieurs mois, et cependant, à coup sûr, malgré les examens radiologiques, nous avons pu éliminer la tuberculose.

6° Il existe des images radiologiques simulant à s'y méprendre la tuberculose pulmonaire, tant au début que pendant la convalescence de ces pneumopathies.

7° La recherche du B. K. dans les crachats possède une valeur inestimable. Elle reste la seule méthode absolue, car elle nous montre la présence de pneumocoques et l'absence de B. K. au cours d'examens quotidiennement répétés.

8° L'existence de ces pneumopathies doit être bien connue car leur méconnaissance peut entraîner les abus thérapeutiques les plus graves.

9° Dans tous les cas observés, l'évolution s'est faite vers la guérison. Et sur des malades vus à plusieurs années de distance, nous n'avons jamais observé d'évolution tuberculeuse ultérieure, à la suite d'une pneumonie prolongée ou de l'une de ces pneumopathies à symptômes pneumoniques.

Vu : *le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
BESANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BEZANÇON (F.), ROUSSY, OBERLING, DELARUE. — Les formes anatomiques de la tuberculose du poumon. (*Presse Médicale*, n° 56, 13 juillet 1932.)

BEZANÇON (F.) et DELARUE (J.). — Granulie et granulations tuberculeuses. (*Presse Médicale*, n° 22, mars 1930.)

R. R. AMSTRONG. — Observations on four cases of relapsing pneumonia in youngs (children). (*Brit. J. Child. Dis. Lond.*, 1913, X, 444-456.)

C. BACCARANI. — Les syndromes de l'appareil respiratoire et en particulier les formes pseudo-tuberculeuses. (*L'oto-rinolaring. italiana*, n° 1, 1934, in : *Revue de laryng. otol. et rhino*, n° 5, mai 1935.)

BAYLAC (Robert). — Contribution à l'étude des pneumococcies pulmonaires trainantes et prolongées, simulant la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Toulouse*, 1920.)

BAYLAC (F.) et BAYLAC (R.). — De la pneumococcie pulmonaire trainante prolongée, simulant la tuberculose. (*Toulouse Médical*, 1^{er} juin 1920.)

F. DI BELLA. — Su di un caso di polmonite a recidive multiple dell' infanzia. (*Riforma Med.*, 49 : 539-541. April 8-1933.)

L. BERNARD, M. LAMY. — Pneumonie prolongée simulant

- la tuberculose. (*Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. Paris*, séance du 12 mai 1933, n° 6, 3° s.)
- J. BRINCOURT. — Les pneumopathies aiguës prolongées simulant la tuberculose. (*L'Hôpital*, n° 421, déc. 1936 [B].)
- BERNARD (Léon). — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. (*Masson*, 1931.)
- André CAIN, OURY et M^{lle} BARNAUD. — Pneumococcie pulmonaire aiguë curable. Image radiologique simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse. (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 4 novembre 1932.)
- CARRAT. — Les pneumonies pulmonaires trainantes et prolongées chez l'adulte. (*Méd. d'Alsace et de Lorraine*, 1926, t. V.)
- J. CATHALA. — Pneumonie prolongée à rechutes de l'enfance. (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 juin 1928, n° 19.)
- CAUSSADE et LOGRE. — Pneumonies à rechutes à forme pseudo-pleurétiques et pseudo-cavitaires. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1913.)
- G. CAUSSADE. — A propos de pneumonies prolongées simulant la tuberculose. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, n° 18, 5 juillet 1933, séance du 26 mai 1933.)
- CAUSSADE, UNILHIT et DE JONG. — Œdème infectieux au cours d'infections pulmonaires. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1906, n° 6, p. 160.)
- CAUSSADE et QUESTE. — De quelques congestions œdèmes localisés au sommet des poumons, simulant la tuberculose et de quelques congestions pulmonaires pré-tuberculeuses. (*Presse Médicale*, 1909, n° 56.)
- CAUSSADE et Ch. LAUBRY. — Congestions pulmonaires à forme de spléno-pneumonie remarquable par sa durée (trois mois et demi), et la persistance de la virulence

- du pneumocoque de Talamon Frankel, pendant toute cette période. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1899, n° 10.)
- CHARETTE (L.). — Fréquence actuelle des formes anormales de pneumonies. (*Journal des Praticiens*, n° 12, août 1929.)
- CHIEN et WU. — Quelques infections non tuberculeuses simulant la tuberculose pulmonaire. (*The Chinese medical journal*, octobre 1935, p. 1156.)
- COTONI. — La crise dans la pneumonie. (*Annales de Médecine*, 1914, p. 524, 617.)
- A. DUDAN. — (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 juin 1929.)
- V. DELLA CASA. — Pseudo tubercolosi da spirochasta bronchialis. (*Arch. ital. di Sc. Med. Colon.*, 13 : 545-546, sept. 1-1932.)
- J. DESKOV et A. KFPUS. — Mechanism of infection of white mice with *Bacillus pseudotuberculosis rodentium*. (*Pfeiffer. Acta Path. et Microbiol. Scandinav.* (suppl. 3), pp. 543-553, 1930.)
- DURAND. — Pneumonie pseudo-tuberculeuse chez l'enfant. (*La Médecine*, 1933, p. 597.)
- DUVOIR, POLLET, COUDER. — Pneumonie à rechutes avec séquelles radiologiques persistantes et développement rapide d'une sclérose pulmonaire. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 49 : 1153-1160, nov. 6-1933.)
- ETIENNE et GERBAULT. — Pneumonie à répétition et diabète cachectique chez un sujet jeune insulinoth. et séroth. (*Société de Médecine de Nancy*, 16 mars 1926.)
- GAILLARD. — Cent jours de pneumonies larvées. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25, VI, 1915.)
- GARDERE. — Les pneumococcies prolongées chez le nourrisson. (*Journal Médical de Lyon*, 20 février 1923.)
La pneumonie infantile à évolution prolongée. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 décembre 1923.)

GAUJOUX, BRUNEL. — Pneumonie récidivée chez l'enfant. (*Montpellier Médical*, 1909, XXVIII, 472-475.)

P. GUERIN. — Importance de la réaction de Vernes résorcine dans le dépistage des « vrais » et des « faux » tuberculeux. (*Arch. Inst. prophylac.*, 5 : 263-286, 1933.)

W. F. HAMILTON, A. D. CAMPBELL. — A case of recurrent pneumonia. (*Tr. Ass. am. Physicians Phila.*, 1913, XXVIII, p. 442-429.)

F. HENNEMANN. — Ueber recidive bei croupöser Pneumonie 8° Strassburg, i E, 1907.

BARTH (Ch.). — Über recidive bei croupöser pneumonie Leipzig, 1904.

H. HERBERT. — Pneumonia recurring iotimes in boy of 12 years report of case. (*California West i* : 31-203.)

KAMINSKY. — *Thèse de Paris*, 1809. Pneumonie à rechute.

L. A. KOHN. — Recurrent type o pneumonia. (*J. Am. M. Assoc. Chicago*, 1925, 1888.)

A. A. LAMBRIOR. — Six pneumonies chez le même sujet dans l'espace de trois ans. (*Bull. Soc. de Méd. et Nat. de Passy*, 1908, XXVII, p. 271-277.)

LEVAL (Jacques). — Pneumonies subaiguës à pneumocoques. (*Lyon Médical*, n° 11, 15 janvier 1932.)

LEREBOUILLET. — Pneumonie prolongée à rechutes de l'enfance. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 7 juin 1928, n° 190.)

L. LEROUX. — Les faux tuberculeux pulmonaires. (*Rev. Gén. Sc. Paris*, 15-12-34, anal. in *Ann. Oto. Laryng.*, n° 11, 1934.)

LEUBE. — Pneumonie éphémère d. le *Berliner Klinische Vochenschrift*, 1871.

W. LEVINTHAL. — Difficulties in differential giagnosis of pseudotuberculosis and of plague in rats which infest ships. (*Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskr* 112 : 433-435, 1931.)

LONGOT. — Les pneumonies prolongées. (*Revue de Méde-*

- cine de l'Est et *Bull. Soc. Méd. de Nancy*, 1^{er} janvier 1931.)
- N. G. MAZINGARBE. — *Thèse*, 1908. Quelques variétés cliniques rares de la pneumonie.
- C. G. MACK. — The return of virulent pneumonia. (*Lancet Long*, 1922, II, 1192.)
- U. MONNIER. — La pneumonie à reprises. (*Gaz Médic. de Nantes*, 1909, 2^e s., XXVII, 797-803.)
- E. MORRIS, C. P. HARROD. — Recurring montuberculous pneumonias due t cystic overflorv. (*Tubercle* II, 21-25, oct. 1929.)
- MOURIQUAND et GARDERE. — Une forme particulière de la pneumonie en casque. (*La Médecine*, p. 614.)
- NEUGEBAUER. — Un cas de pseudo-tuberculose véritable Ichez l'homme. (*Medizinische Klinik, An*, XXIX, n° 13, 24 mars 1933, p. 420.)
- PAISSEAU et ISER SALOMON. — Les images radioscopiques de la pneumonie franche. (*Bulletin Soc. Méd. Hôpit. de Paris*, 9 novembre 1923.) Etude radiologique de la pneumonie chez l'adulte. (*Annales de Médecine*, janvier 1924.)
- RAYBAUT. — Formes prolongées de la pneumonie lobaire. (*Marseille Médical*, février 1902.)
- RIST. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1932, t. XI.)
- RIST et M^{lle} BLANCHY. — Séquelles radiologiques des pneumonies non tuberculeuses chez l'enfant et chez l'adulte. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, séance du 12 mai 1933.)
- SACQUÉPEE. — Pneumonie à rechute : considération sur le trait. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 nov. 1921.)
- A. SENZ et L. COSTIL. — Pseudo-tuberculose spontanée du singe provoquée par le coccobacille de Malassez et

- Viqual. (*Compte rendu Soc. des Biol.*, 110 : 449-411, June 17-1932.)
- Henri SAUVAGE. — Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- L. SAYE. — Diagnostic différentiel de las bronconeumopatas agudas tuberculosas y no tuberculosas. (*Revue Méd. de Barcelona*, 24 : 365-401, nov. 1935.)
- W. G. TOMPSON. — Recurrent lobar pneumonia. (*New-York M. J.*, etc., 1922, CXV, 259.)
- Jacques TOUATI. — A propos des pneumonies prolongées simulant la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1934, Marcel Vigne, éditeur.)
- G. TRUCHE et J. ISNARD. — Un nouveau cas de pseudo-tuberculose chez la poule. (*Bulletin de l'Académie vétérinaire de France*, t. X, n° 1, janvier 1937.)
- VAN DER VELDE. — Pneumonie franche à rechute. (*Belgique Méd.*, Gaand-Haarlem, 1899.)
- VEILLET. — Les pneumonies prolongées. (*Bourgogne Médicale*, n° 8, sept. 1929.)
- J. VRGE, P. GORET, P. VUILLAUME, F. RUCHOT. — Un cas de pseudo-tuberculose chez le chat. (*Bulletin de l'Académie vétérinaire de France*, t. X, n° 1, janvier 1937.)
- WEILL et GARDERE. — Pneumococcie à évolution prolongée. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 15 novembre 1923.)
-

